

Ministère des Soins de longue durée  
Division des opérations relatives aux soins  
de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

District de Toronto 5700,  
rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage Toronto (Ontario)  
M2M 4K5 Téléphone : 866 311-8002

## Rapport initial sur le titulaire de permis

<b>Date d'émission du rapport :</b> 1 <sup>er</sup> mai 2024	
<b>Numéro d'inspection :</b> 2024-1007-0001	
<b>Type d'inspection :</b> Incident critique	
<b>Titulaire de permis :</b> Vigour Limited Partnership au nom de Vigour General Partner Inc.	
<b>Foyer de soins de longue durée et ville :</b> Cheltenham Community, North York	
<b>Inspectrice principale/Inspecteur principal</b> Rajwinder Sehgal (741673)	<b>Signature numérique de l'inspectrice/Signature numérique de l'inspecteur</b>  Rajwinder Sehgal <small>Signé numériquement par Rajwinder Sehgal Date : 2024.05.21 13:32:23 -04'00'</small>
<b>Autres inspectrices ou inspecteurs</b> Ramesh Purushothaman (741150)	

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a été menée sur place aux dates suivantes : 9, 10, 11, 12, 15, 16 avril 2024

Les incidents suivants ont été consignés dans le Système de rapport d'incidents critiques (SIC) :

- Incident : n° 00106613/IC n° 0922-000003-24 relatif au transfert inapproprié d'une personne résidente.
- Incident : n° 00111689/IC n° 0922-000011-24 relatif à la chute d'une personne résidente.
- Incident : n° 00112172/IC n° 0922-000014-24 relatif à l'éclosion d'une maladie infectieuse.
- Incident : n° 00107509/IC n° 0922-000005-24 relatif à des actes de violences physiques commis par une personne résidente sur une autre personne résidente.
- Incident : n° 00107975/IC n° 0922-000006-24 relatif à des actes de violences physiques commis par le personnel à l'encontre d'une personne résidente.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins  
de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District de Toronto** 5700,  
rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage Toronto (Ontario)  
M2M 4K5 Téléphone : 866 311-8002

Les incidents suivants ont également été consignés dans le SIC :

- Incident : n° 00105315/IC n° 0922-000049-23 relatif à la chute d'une personne résidente.
- Incident : n° 00106549/IC n° 0922-000002-24 relatif au transfert inapproprié d'une personne résidente.

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés pendant cette inspection :

Prévention et contrôle des infections (Infection Prevention and Control).

Foyer sûr et sécuritaire (Safe and Secure Home)

Prévention des mauvais traitements et de la négligence (Prevention of Abuse and Neglect).

Prévention et gestion des chutes (Falls Prevention and Management).

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 001 – avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

#### **Non-respect de la disposition : LRSLD, 2021, par. 6 (7)**

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à la personne résidente, tel que le précise le programme.

Le titulaire de permis a omis de veiller à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis à une personne résidente comme indiqué dans le programme.

#### **Justification et résumé**

Le SIC a signalé qu'une personne résidente avait été blessée au cours de la prestation de soins.

Le programme de soins de la personne résidente indique qu'elle a besoin de l'aide de deux personnes pour la prestation de

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins  
de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District de Toronto** 5700,  
rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage Toronto (Ontario)  
M2M 4K5 Téléphone : 866 311-8002

certaines soins. Les notes de progrès de la personne résidente indiquent que le membre de l'équipe aidait la personne résidente pour ses soins lorsque celle-ci a commencé à manifester des comportements verbaux et physiques envers le personnel.

La personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) a déclaré avoir commencé à fournir des soins de sa propre initiative à la personne résidente, car elle était calme et acceptait les soins. La personne PSSP, qui connaissait bien le programme de soins de la personne résidente, a confirmé que le membre de l'équipe ne suivait pas les instructions du plan de soins lorsqu'il aidait la personne résidente.

La directrice des soins a confirmé que la personne résidente avait besoin de l'aide de deux personnes pour effectuer certains soins personnels et a admis que le programme de soins de la personne résidente n'avait pas été suivi comme il se doit.

Le non-respect du programme de soins de la personne résidente aurait pu entraîner un risque de blessure.

**Sources :** Rapport du SIC, dossiers cliniques de la personne résidente, entretien avec la personne PSSP et avec la directrice des soins. [741673]

**AVIS ÉCRIT : Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas**

Problème de conformité n° 002 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Non-respect de la disposition : 28(1) 2 de la *LRSLD (2021)***

Obligation de faire rapport au directeur dans certains cas.

Disposition 28(1) Quiconque a des motifs raisonnables de soupçonner que l'un ou l'autre des cas suivants s'est produit ou peut se produire fait immédiatement rapport au directeur de ses soupçons et communique les renseignements sur lesquels ils sont fondés :

2. Les mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit ou la négligence envers un résident de la part du titulaire de permis ou du personnel, ce qui a causé un préjudice ou un risque de préjudice au résident.

Le titulaire de permis a omis de signaler immédiatement au directeur les mauvais traitements infligés à une personne

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins  
de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District de Toronto** 5700,  
rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage Toronto (Ontario)  
M2M 4K5 Téléphone : 866 311-8002

résidente qui ont entraîné un préjudice ou un risque de préjudice pour la personne résidente.

**Justification et résumé**

Le foyer a soumis un rapport du SIC relatif à un incident de maltraitance physique survenu entre les personnes résidentes n°004 et n°005.

Les dossiers cliniques de la personne résidente n°005 indiquent que l'incident s'est produit à une date précise, lorsque la personne résidente n°004 a causé une blessure physique et infligé de la douleur à la personne résidente n°005.

La directrice des soins a admis que l'incident n'avait pas été immédiatement signalé au directeur au moyen de la ligne téléphonique ouverte après les heures de travail lorsqu'elle en a été informée, bien que le personnel autorisé était au courant de la procédure suivie par le foyer pour utiliser la ligne téléphonique ouverte après les heures de travail.

Le fait d'avoir omis de signaler un incident de maltraitance au directeur n'a pas mis la personne résidente en danger.

**Sources** : SIC, dossiers cliniques des personnes résidentes n° 004 et n° 005, entretiens avec la directrice des soins. [741150]

**AVIS ÉCRIT : Caractère contraignant pour le titulaire de permis**

Problème de conformité n° 003 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1) 1 de la *LRSLD* (2021).

**Non-respect de la disposition : 184(3) de la *LRSLD* (2021)**

Directives du ministre

Disposition 184(3) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée doit exécuter les directives opérationnelles ou en matière de politique qui s'appliquent au foyer.

Le titulaire de permis a omis de s'assurer que la personne PSSP respectait les politiques relatives au port du masque énoncées dans

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins  
de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District de Toronto** 5700,  
rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage Toronto (Ontario)  
M2M 4K5 Téléphone : 866 311-8002

les directives du ministre.

Conformément à la directive du ministre : Les mesures d'intervention contre la COVID -19 pour les foyers de soins de longue durée, en vigueur depuis le 30 août 2022, et le document d'orientation sur la COVID-19 pour les foyers de soins de longue durée en Ontario, mis à jour le 4 mars 2024, indiquent que le personnel devrait porter un masque pendant la prestation de soins directs prolongés aux personnes résidentes, par quoi l'on entend une interaction de personne à personne à une distance de deux mètres pendant quinze minutes ou plus.

**Justification et résumé**

Une personne PSSP a été aperçue en train de marcher avec une personne résidente dans sa chambre. Tous deux portaient un écran facial et un masque chirurgical, mais ce dernier ne couvrait pas leur nez. Le membre du personnel a admis que le masque ne couvrait pas son nez et qu'il était tenu de porter correctement le masque et l'écran facial.

La responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI) a confirmé qu'en raison d'une éclosion active au troisième étage au moment où les faits ont été observés, tout le personnel de cet étage devait porter un masque facial et un écran facial et que les masques devaient être portés correctement et bien couvrir le nez.

Le fait de ne pas porter correctement un masque de protection augmente le risque de transmission de l'infection.

**Sources** : Observation au troisième étage; directive du ministre : Mesures d'intervention contre la COVID-19 pour les foyers de soins de longue durée, document d'orientation sur la COVID-19 pour les foyers de soins de longue durée en Ontario; entretiens avec la personne PSSP et la responsable de la PCI.

[741150]

**AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires**

Problème de conformité n° 004 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1) 1 de la *LRSLD (2021)*.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins  
de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District de Toronto** 5700,  
rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage Toronto (Ontario)  
M2M 4K5 Téléphone : 866 311-8002

**Non-respect de la disposition : 53(1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22,**

Programmes obligatoires

53(1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Le titulaire de permis a omis de se conformer à sa politique de prévention et de gestion des chutes en ce qui concerne la routine de suivi des blessures à la tête.

Conformément à l'alinéa 11(1)b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis était tenu de se doter d'un programme de prévention et de gestion des chutes qui prévoyait des stratégies de surveillance des personnes résidentes et qui devait être respecté.

Plus précisément, le membre du personnel n'a pas respecté la politique du foyer sur la routine de suivi des blessures à la tête, qui devait être effectuée conformément à l'échéancier figurant sur le formulaire. Le formulaire de la routine de suivi des blessures à la tête indiquait au membre du personnel d'examiner la personne résidente sur 14 périodes individuelles si l'on soupçonnait un traumatisme crânien ou si la chute de la personne résidente n'avait été constatée par aucun témoin.

**Justification et résumé**

Une personne résidente a fait une chute dont personne n'a été témoin, ce qui a nécessité la mise en place d'une routine de suivi des blessures à la tête.

L'examen des dossiers cliniques de la personne résidente a montré qu'une routine de suivi des blessures à la tête avait été mise en place après la chute, mais que les examens prévus par cette routine n'avaient pas été effectués à deux des 14 périodes d'examen requises.

L'IA a indiqué que l'on s'attendait à ce que tous les examens soient effectués comme prévu et que si une personne résidente était endormie, il fallait la réveiller et procéder à l'examen. La directrice des soins a dit qu'elle s'attendait à ce que tous les examens prévus par la routine de suivi des blessures à la tête soient effectués selon le calendrier prévu.

Elle a admis que deux des évaluations n'avaient pas été réalisées conformément à la politique du foyer.

Le fait d'avoir omis d'effectuer la routine de suivi des blessures à la tête conformément à la

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins  
de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District de Toronto** 5700,  
rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage Toronto (Ontario)  
M2M 4K5 Téléphone : 866 311-8002

politique du foyer a exposé la personne résidente au risque de ne pas être correctement examinée pour les complications consécutives à la chute.

**Sources** : Examen de la politique du foyer « Routine de suivi des blessures à la tête » (HIR) n° VII-G-30.20 datée de mars 2024, du programme de soins de la personne résidente, des notes de progrès, des examens, des entretiens avec l'IA et la directrice des soins. [741673]

### **AVIS ÉCRIT : Soins de la peau et des plaies**

Problème de conformité n° 005 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1) 1 de la LRSLD (2021).

**Non-respect de la disposition : 55(2)b(iv) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Soins de la peau et des plaies

Par. 55 (2) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce qui suit :

b) le résident qui présente des signes d'altération de l'intégrité épidermique, notamment des ruptures de l'épiderme, des lésions de pression, des déchirures de la peau ou des plaies :

(iv) est réévalué au moins une fois par semaine par un membre du personnel infirmier autorisé, si cela s'impose sur le plan clinique;

Le titulaire de permis a omis de s'assurer que les altérations cutanées de la résidente étaient réévaluées chaque semaine par le personnel infirmier autorisé.

#### **Justification et résumé**

On a constaté qu'une personne résidente présentait des altérations cutanées. La personne résidente a fait l'objet d'un examen initial de la tête aux pieds par le personnel agréé, mais aucun examen hebdomadaire de la peau et des plaies n'a été effectué à la date indiquée ou à toute autre date jusqu'à ce que l'altération cutanée ait été traitée.

La politique du foyer, intitulée « Skin & Wound Care Management Protocol » (Protocole de gestion des soins de la peau et des plaies), enjoint au personnel autorisé de procéder à un examen électronique hebdomadaire de la peau et des plaies au moyen de l'application Point Click Care (PCC) et d'un IPAD, jusqu'à ce que l'altération cutanée soit guérie.

L'IA et la directrice des soins ont déclaré qu'il aurait fallu examiner les altérations cutanées de la personne résidente chaque semaine au moyen de l'application de soins de la peau et des plaies et que les examens hebdomadaires n'avaient pas été effectués.

Comme le foyer n'a pas effectué d'examen hebdomadaire de l'altération cutanée de la personne résidente, cette dernière courait le risque de voir son intégrité cutanée se dégrader davantage.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins  
de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District de Toronto** 5700,  
rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage Toronto (Ontario)  
M2M 4K5 Téléphone : 866 311-8002

**Sources** : Protocole de gestion des soins de la peau et des plaies Politique VII-G-10.90,  
dernière révision en août 2023, notes de progrès de la personne résidente, programme de  
soins, entretiens avec l'IA et la directrice des soins.

(741673)

## **AVIS ÉCRIT : COMPORTEMENTS RÉACTIFS**

Problème de conformité n° 006 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154 (1) 1 de la  
*LRSLD (2021)*.

**Non-respect de la disposition : 58(4)b) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

58(4) Le titulaire de permis veille à ce qui suit pour chaque résident qui affiche des  
comportements réactifs :

b) des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour réagir à ces comportements, dans la  
mesure du possible;

Le titulaire de permis a omis de s'assurer que lorsqu'une personne résidente manifeste des  
comportements réactifs, il faut mettre en œuvre les stratégies établies pour répondre à ces  
comportements.



**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins  
de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District de Toronto** 5700,  
rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage Toronto (Ontario)  
M2M 4K5 Téléphone : 866 311-8002

**Justification et résumé**

Les notes de la personne résidente n°002 indiquaient qu'elle recevait des soins individuels en raison de ses antécédents de comportements réactifs. À une certaine date, une altercation physique s'est produite entre la personne résidente n° 004 et la personne résidente n° 005. La personne PSSP n° 115 a déclaré qu'il n'y avait pas de personnel de surveillance individuel dans la chambre de la personne résidente n° 004 au moment de l'incident, ce qui a occasionné des blessures à la personne résidente n° 005. La personne PSSP n°113 a admis avoir quitté la chambre à la fin de son service, laissant la personne résidente n°004 sans surveillance individuelle. La directrice des soins a confirmé qu'il n'y avait pas de personnel de surveillance individuelle au moment de l'incident.

Le fait d'avoir omis d'affecter un membre du personnel à la surveillance continue de la personne résidente n° 004 a été à l'origine des blessures et de la douleur infligées à la personne résidente n° 005.

**Sources** : SIC, dossiers cliniques des personnes résidentes n° 004 et n° 005, entretiens avec les personnes PSSP no 113 et no 115 et la directrice des soins.  
[741150]

**AVIS ÉCRIT : Services d'entretien** Problème de conformité

n° 007 Notification remise aux termes de la disposition 154(1) 1 de la LRSLD (2021). **Non-respect de la disposition : 96(2)a) du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Services d'entretien

Paragraphe 96(2) Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

a) le matériel électrique et non électrique, notamment les appareils de levage, sont maintenus en bon état et ils sont entretenus et nettoyés de manière à satisfaire au moins aux instructions du fabricant;

Le titulaire de permis a omis de veiller à l'établissement et à la mise en œuvre de procédures visant à s'assurer qu'un lève-personne fixé au plafond est maintenu en bon état, au moins à un niveau qui satisfait aux spécifications du fabricant.

**Justification et résumé**

Un rapport du SIC reçu par le directeur indique qu'une personne résidente a été blessée en raison d'une déféctuosité du lève-personne fixé au plafond.

Les entretiens avec la personne résidente, la personne infirmière auxiliaire autorisée, la

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins  
de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District de Toronto** 5700,  
rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage Toronto (Ontario)  
M2M 4K5 Téléphone : 866 311-8002

personne responsable des services environnementaux et le personnel d'entretien ont indiqué qu'un incident similaire s'était déjà produit au foyer en raison d'une défectuosité du même lève-personne fixé au plafond. Le lève-personne avait été réparé par le personnel d'entretien après l'incident initial, dans la même journée.

Selon le manuel de l'utilisateur du lève-personne fixé au plafond Guldmann GH3/GH3+ : « Si un défaut apparaît pendant l'utilisation du GH3, arrêtez d'utiliser le palan et contactez l'équipe de service Guldmann pour des réparations ». Cependant, le personnel d'entretien a omis de contacter le fournisseur pour effectuer des réparations après le premier constat de défectuosité. La directrice générale a admis que le deuxième incident aurait pu être évité si la réparation avait été effectuée correctement, conformément au manuel de l'utilisateur.

Le fait que le lève-personne fixé au plafond n'ait pas été maintenu en bon état a eu un impact modéré sur la personne résidente.

**Sources** : Rapport du SIC n° 0922-000003-24, notes d'inspection sur le titulaire de permis et entretiens avec la personne résidente, l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire autorisé(e) 3102, la personne responsable des services environnementaux n° 105, le membre du personnel d'entretien no 106, et la directrice générale n° 108.

[741150]

## **AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections**

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins  
de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District de Toronto** 5700,  
rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage Toronto (Ontario)  
M2M 4K5 Téléphone : 866 311-8002

Problème de conformité n° 008 — avis écrit remis aux termes de la disposition 154(1) 1 de la  
*LRSLD (2021)*.

**Non-respect de la disposition : 102(15) 2. du Règl. de l'Ont. 246/22.**

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102(15) Sous réserve du paragraphe (16), le titulaire de permis d'un foyer de  
soins de longue durée veille à ce que le responsable de la prévention et du contrôle des  
infections désigné en application du présent article soit présent chaque semaine au foyer et y  
travaille régulièrement comme tel pendant les périodes suivantes :

2. Dans un foyer dont la capacité en lits autorisés est de plus de 69, mais de moins de  
200 lits, au moins 26,25 heures par semaine.

Le titulaire de permis a omis de s'assurer que la responsable de la PCI travaillait  
régulièrement 26,25 heures par semaine à ce poste dans ce foyer d'une capacité autorisée  
de plus de 69 lits, mais de moins de 200 lits.

**Justification et résumé**

Le foyer dispose d'une capacité autorisée de 170 lits, ce qui requiert la présence d'un ou  
d'une responsable de la PCI sur place pendant au moins 26,25 heures par semaine.

Au cours de l'inspection, la responsable de la PCI a déclaré qu'il était prévu qu'elle travaille sur  
place 16 heures par semaine en tant que responsable de la PCI. La directrice des soins a  
déclaré que la responsable de la PCI avait pris ses fonctions en mars 2024 et qu'il était prévu  
qu'elle travaille deux jours par semaine jusqu'au début du mois de mai 2024, date à laquelle  
elle occuperait ce poste à temps plein. La directrice des soins a admis qu'elle partageait le rôle  
et les responsabilités de la responsable de la PCI dans le foyer pour les jours où la  
responsable désignée de la PCI ne travaillait pas.

Le fait d'avoir omis de respecter le nombre minimum d'heures requis pour la présence de la  
responsable de la PCI aurait pu exposer les personnes résidentes à un risque de préjudice si les  
lacunes du programme de PCI du foyer n'avaient pas été constatées et corrigées.

**Ministère des Soins de longue durée**

Division des opérations relatives aux soins  
de longue durée  
Direction de l'inspection des foyers de soins  
de longue durée

**District de Toronto** 5700,  
rue Yonge, 5<sup>e</sup> étage Toronto (Ontario)  
M2M 4K5 Téléphone : 866 311-8002

**Sources** : Examen des heures de travail de la responsable de la PCI, de la liste de  
dénombrement des personnes résidentes et entretiens avec la responsable de la PCI et la  
directrice des soins.

[741673]